

(清 川 村)

令和8年度 高齢者インフルエンザ予防接種 請求書

請求金額 (A) - (B)		千		円
-------------------	--	---	--	---

ただし、高齢者インフルエンザ予防接種業務委託料 (月分) として

【 委 託 料 】

接 種	単 価	金 額
人	5,180 円	円
予診のみ	単 価	金 額
人	2,930 円	円
小 計		円
消費税相当額 (1 円未満切捨)		円
合 計 (A)		円

【 受 診 者 負 担 額 】

総受診者数 ①	費用免除者数 ②	費用負担者数 (① - ②)
人	人	人



(× 1,500 円)

受診者負担額 (B)
円

年 月 日

清 川 村 長 殿

債 権 者 住 所

医療機関名

代表者氏名

⑨

振 込 先	銀行	支店
	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ	
	名義人	